

DATOS DEL COLEGIADO (A)

*Nombre: _____

*Primer Apellido: _____ *Segundo Apellido: _____

Cédula de Identidad: _____ *Código de Colegiado: _____

Estado Civil: _____ Nacionalidad: _____

*Correo electrónico 1: _____

*Correo electrónico 2: _____

*Teléfono Celular: _____ Teléfono de Habitación: _____

*Idiomas o Dialectos: SI () NO () *Cuál(es) _____

*Lesco: SI () NO ()

Dirección: *Provincia: _____ *Cantón: _____

*Distrito: _____ (Con señas) _____

DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa: _____

Área o departamento: _____ Teléfono / ext.: _____

Dirección exacta: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO (Familiar o conocido)

Nombre Completo: _____

Cédula: _____ Parentesco: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Beneficiario: Si No Porcentaje: ____%



ACTUALIZACIÓN DE BENEFICIARIOS: SI: _____ NO: _____

Nombre completo	N° de cédula	Porcentaje	Parentesco	Teléfono

Observaciones:

En caso de ser menor de edad, indicar el nombre y teléfono de la persona que retira: _____

***ÁREAS DE TRABAJO DEL COLEGIADO (A)**

Según el Código de Ética y Deontológico del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica en su artículo 23 indica: *"La o el profesional en psicología deberá evitar el uso de métodos, técnicas y/o instrumentos no propios de la ciencia psicológica dentro de su ejercicio profesional (...)."*

ÁREAS DE INTERÉS DE CAPACITACIÓN

En concordancia con la Ley No. 8968 de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales del 7 de Julio de 2011, sírvase marcar la casilla si se encuentra de acuerdo, en que se publique su información de contacto en el sitio web del Colegio, para consulta de posibles usuarios.

(*) Las casillas marcadas con asterisco serán las publicadas.

Si estoy de acuerdo. No estoy de acuerdo.

Firma del Colegiado (a): _____ Fecha: ____/____/____

